## 介護保険要介護(支援)認定申請される方の担当ケアマネジャーの皆様へ【お願い】

- ○この予診票は、主治医の先生が介護保険の要介護(支援)認定に必要な「主治医意見書」を作成する際に参考と して使用するものです。
- ○担当するケアマネジャーとして分かる範囲で記入してください。
- ○主治医の先生への提出については、ご本人、ご家族等の同意が必要です。
- ○全件提出する必要はありませんが、先生が正確な状態を把握しづらいと思われるケース(初診から日が浅い、 通院間隔が空いている、認知症だが受診介助がない等)、また、生活機能の低下要因が最近生じたケース(配 偶者との死別、転居等)などは提出を基本とします。申請前のモニタリング等でご確認ください。
- ○提出先は主治医の先生(医療機関)です。意見書作成が遅れないよう、認定申請前や当日の提出が望ましいです。

	○また、予診票をきっかけに在宅医療・介護連携が必要なケースで、連携強化が進むことも期待するものです。			
	○予診票に記載された個人情報は、主治医意見書の作成や診療の目的以外に使用することはありません。			
	岡山市医師会・岡山市内医師会連合会・岡山市介護保険課 			
	主治医意見書予診票			
	記入日年月	日		
	申請者本人(認定を受けられる方)のお名前 担当ケアマネジャー(作成者)			
	よりがな 事業所名等 事業所名等 ままがる ままがる ままがる ままがる ままがる ままが ままが ままが まま			
	氏名 (□男 □女)			
	<u>生年月日</u>			
	大・昭年月日生			
1.	. 利き腕は? □右 □左 □左 g長は? c m			
	体重は?			
2.	. 今回の申請は? □新規申請 □更新申請(定期的) □区分変更申請(状態変化による)			
	今の介護度は? □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □	]要介護5		
3.	. 「新規」申請者のみ記入ください。申請した主な理由や、現在困っていることは何ですか?			
	新規申請の理由 □デイサービス利用 □福祉用具レンタル □住宅改修 □その他			
	困っていること (			
4.	. 現在「利用中」の介護サービスはありますか?□にチェックをつけて、回数をご記入ください。			
	□デイサービス:( )回/週 □デイケア(通所リハビリ):( )回/週			
	□訪問看護 :( )回/週 □訪問リハビリ :( )回/週			
	□訪問ヘルパー:( )回/週 □訪問入浴 :( )回/週			
	□用具貸与等 : □ベッド □車いす □歩行器 □手すり □その他(	)		
5.	. 「他の病院」にかかっている場合、病院名と該当する科の□にチェックをつけてください。			
	病院名( )			
	□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科			
	□眼科 □耳鼻科 □リハビリ □歯科 □その他(	)		
6.				
	□体の不自由さはありません。	0		
	□体は少し不自由ですが、一人でバスやタクシーで外出できます。	J1		
	□体は不自由ですが、一人で隣近所であれば歩いて外出できます。 □家の中ではおおむね自立し、介助があれば外出でき、日中はベッドから出て生活します。	J2 A1		
	□家の中ではおおむね自立し、介助がめれば外出でき、日中はペットがら出て生活します。 □家の中ではおおむね自立するが、ほとんど外出せず、日中も寝たり起きたりの生活です。	A1 A2		
	□主にベッドで過ごし、座れます。自分で車いすに乗り、食事・トイレはベッド以外でします。	B1		
	□主にベッドで過ごし、座れます。でも自分で車いすには乗れません。	B2		
	□─日中ベッドで過ごし、自力で寝返りはできるが、着替え・食事・トイレは手助けがいります。			

□一日中ベッドで過ごし、寝返り・着替え・食事・トイレとも手助けがいります。

C2

7.	次の症状がありますか?ある場合、□にチェックをつけ、 ( ) に部位や程度をご記入ください。	
	□手足等の麻痺   □筋力の衰え    □関節の痛み    □床ずれ    □皮膚	
١	( )( )( )(	)
8.	生活機能を教えてください。□にチェックをつけてください。	
	①屋外歩行 □一人でできる □介助があればできる □していない	
١	②車いす □使っていない □自分で操作している □他人に押してもらう	
١	③杖・手押し車等 □使っていない □屋外で使用している □屋内でも使用している	
١	④食事 □自分で(なんとか)食べられる □全面的に介助してもらう	
	⑤その他 □尿もれ □転倒しやすい □意欲低下 □低栄養 □水等がむせやすい	
9.	理解や記憶について教えてください。□にチェックをつけてください。	
	①日常生活で物事を自分で決める(判断する)ことができますか?	
	□できる  □大体できる  □あまりできない  □全くできない	
	②自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか?	
	□伝えられる □大体伝えられる □あまり伝えられない □全く伝えられない	
10.	物忘れの程度(認知機能)について教えてください。「一つ」だけ選んで□にチェックをつけてくだ	さい。
	□もの忘れはなく、特に気になる症状はありません。	
	□もの忘れは少しあるが、日常生活は家庭内、社会的にほぼ自立しています。	I
	□もの忘れが多少進んでおり、家庭外での支障(たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理	II a
	等にミスが目立つ等)があるが、誰かが注意していれば生活できます。	
	□もの忘れが多少進んでおり、家庭内でも支障(服薬管理ができない、一人で電話番や留守番	Πb
	ができない等)があるが、誰かが注意していれば生活できます。	
	□日中を中心に時々、異常行動(例:着替え、食事、排尿排便がうまくできない。失禁・大声・	III a
	奇声・火の不始末・不潔行為・徘徊等)があり、介護が必要です。	
	□夜間を中心に、時々、上記例の異常行動があり、家族が夜に起こされる。	III b
	□昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできません。常に介護を必要とします。	IV
١	□専門医を必要とする被害妄想、暴力、落ち込みなどの精神症状があります。(家族の手におえない)	M
11.	ご本人に行動障害がある場合、□にチェックをつけてください。	
	□幻視(実際にいない人、虫、動物が見える)  □幻聴(そこにいない人の声や音が聞こえる)	
	□被害妄想(金品を盗まれた等) □昼夜逆転  □介護者に暴言を吐く  □介護への抵抗	
	□徘徊(目的なく外を歩き回る) □火の不始末 □不潔行為(便を触ったり、まき散らしたり)	
١	□異食行動(通常食べられないものを食べる)  □性的問題行動	
12.	介護するうえで介護者がお困りのこと、主治医の先生が分かりづらい家庭での生活の様子や直近の	
	変化など、主治医の先生に知ってもらいたいことがあれば記入ください。	